

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Setiadi, 2008). Keluarga adalah dua atau tiga individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan di dalam peranan masing-masing, menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Setiadi, 2008).

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan social diri tiap anggota keluarga (Setiadi, 2008).

2.1.2 Tipe Keluarga

Dalam Sri Setyowati, (2007) tipe keluarga dibagi menjadi dua macam yaitu : **Tipe Keluarga Tradisional** : (a) keluarga inti (nuclear family), terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anak. (b) keluarga besar (exstended family) keluarga inti di tambah dengan sanak saudara, misalnya nenek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya. (c) keluarga “Dyad” rumah tangga yang terdiri darisuami dan istri tanpa anak. (d) “Single parent” rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu) dengan anak (kandung/angkat). Kondisi ini dapat disebabkan karena perceraian atau kematian. (e) “Single Adult” rumah tangga yang terdiri dari seprang dewasa (missal seorang yang telah dewasa tinggal di kos untuk bekerja atau kuliah). **Tipe Keluarga Non Tradisional** : (a) The

Unmarriedteeneger mather (keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah), (b) The Stepparent Family (keluarga dengan orang tua tiri), (c) Commune Family (beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama : sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama), (d) The Non Marital Heterosexual Conhibitang Family (keluarga yang hidup bersama dan berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan), (e) Gay And Lesbian Family (seseorang yang mempunyai persamaan sex hidup bersama sebagaimana suami - istri), (f) Cohibiting Couple (orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu), (g) Group-Marriage Family (beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama yang saling merasa sudah menikah, berbagi sesuatu termasuk sexual dan membesarkan anaknya), (h) Group Network Family (keluarga inti yang dibatasi aturan atau nilai – nilai, hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya dan saling menggunakan barang – barang rumah tangga bersama, pelayanan dan tanggung jawab membesarkan anaknya), (i) Foster family (keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara didalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan keluarga yang aslinya), (j) Homeless Family (keluarga yang terbentuk dantidak mempunyai perlindungan yang permanent karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental), (k) Gang (sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan criminal dalam kehidupannya).

2.1.3 Struktur Keluarga

Menurut Setiadi, (2008), struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam diantaranya adalah : (a) Patrilineal : keluarga sedarah terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, hubungan tersebut disusun dari jalur garis ayah, (b) Matrilineal : keluarga sedarah terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, hubungan tersebut disusun dari jalur garis ibu, (c) Matrilokal : sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri, (d) Patrilokal : sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami, (e) Keluarga kawinan : hubungan suami istri sebagai dasar bagi Pembina keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga adanya hubungan dengan suami atau istri.

2.1.4 Fungsi Keluarga

Menurut Setiadi, (2008) fungsi keluarga adalah beberapa fungsi yang dapat dijalankan keluarga sebagai berikut : (a) **Fungsi Biologis** : untuk meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memenuhi kebutuhan gizi keluarga, memelihara dan merawat anggota keluarga, (b) **Fungsi Psikologis** : memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga, memberikan identitas keluarga, (c) **Fungsi Sosialisasi** : membina sosial pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak, menaruh nilai-nilai budaya keluarga, (d) **Fungsi ekonomi** : mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang, misalnya pendidikan anak-anak, jaminan hari tua dan sebagainya, (e) **Fungsi Pendidikan** : menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimiliki, mempersiapkan anak untuk kehidupan

dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkat-tingkat perkembangannya.

2.1.5 Tugas Keluarga dalam Kesehatan

Keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan (Friedman, 2010) yang meliputi :

- a. Mengetahui kemampuan keluarga untuk mengenal masalah kesehatan keluarga klien dengan perilaku kekerasan, keluarga perlu mengetahui penyebab tanda-tanda klien kambuh dan perilaku maladaptifnya meliputi keluarga perlu mengetahui halusinasi, tanda dan gejalanya, cara mengontrol halusinasinya dengan cara minum obat dan cara spiritual.
- b. Mengetahui kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan mengenai tindakan keperawatan yang tepat dalam mengatasi anggota keluarga dengan halusinasi, menanyakan kepada orang yang lebih tahu, misalnya membawa ke pelayanan kesehatan atau membawa untuk dirawat ke rumah sakit jiwa.
- c. Mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat halusinasi yang perlu dikaji pengetahuan tentang akibat lanjut halusinasi yang dilakukan, pemahaman keluarga tentang cara merawat anggota keluarga dengan riwayat halusinasi yang perlu dilakukan oleh keluarga, pengetahuan keluarga tentang alat-alat yang membahayakan bagi anggota keluarga dengan riwayat halusinasi, pengetahuan keluarga tentang sumber yang dimiliki keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat halusinasi, bagaimana keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat halusinasi membutuhkan bantuan.
- d. Mengetahui kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan, yang perlu dikaji : pengetahuan keluarga tentang sumber-sumber yang dimiliki keluarga dalam memodifikasi lingkungan khususnya dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat halusinasi, kemampuan keluarga dalam memanfaatkan lingkungan yang asertif.

- e. Mengetahui kemampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berada dimasyarakat, yang perlu dikaji pengetahuan keluarga tentang fasilitas keberadaan pelayanan kesehatan dalam mengatasi halusinasinya. Pemahaman keluarga tentang manfaat fasilitas pelayanan yang berada di masyarakat, tingkat kepercayaan keluarga terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, apakah keluarga mempunyai pengalaman yang kurang tentang fasilitas pelayanan kesehatan, apakah keluarga dapat menjangkau pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat.

2.1.6 Peran Keluarga

Peran keluarga menurut beberapa sumber :

- a. Keluarga perlu memperlakukan penderita gangguan jiwa dengan sikap yang bisa membubuhkan dan mendukung tumbuhnya harapan dan optimisme. Harapan dan optimisme akan menjadi motor penggerak pemulihan dari gangguan jiwa, dilain pihak kata menghina memandang rendah dan membubuhkan pesimisme akan bersifat melemahkan proses pemulihan, salah satu faktor penting dalam pemulihan adalah adanya keluarga, saudara dan teman yang percaya bahwa seseorang penderita gangguan jiwa bisa pulih dan kembali hidup produktif di masyarakat. Mereka bisa meberikan harapan, semangat dan dukungan sumber daya yang diperlukan untuk pemulihan. Melalui dukungan yang terciptanya lewat jaringan persaudaraan dan pertemanan, maka penderita gangguan jiwa bisa mengubah hidupnya, dari keadaan kurang sehat dan tidak sejahtera menjadi kehidupan yang lebih sejahtera dan mempunyai peranan di masyarakat. Hal tersebut akan mendorong kemampuan penderita gangguan jiwa mampu hidup mandiri, mempunyai peranan dan berpartisipasi di masyarakatnya. Harapan dan optimism akan menjadi motor penggerak pemulihan dari gangguan jiwa. Dilain pihak, kata-

kata yang menghina, memandang rendah dan menumbuhkan *pesimisme* akan bersifat melemahkan proses pemulihan (Setiadi, 2014)

- b. Peran keluarga diharapkan dalam perawatan klien gangguan jiwa adalah dalam pemberian obat, pengawasan minum obat dan meminimalkan ekspresi keluarga. Keluarga merupakan unit paling dekat dengan klien dan merupakan “perawat utama” bagi penderita. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau perawatan yang diperlukan klien, keberhasilan perawat di rumah sakit akan sia-sia jika kemudian mengakibatkan klien harus dirawat kembali di rumah sakit (Made Ruspawan, 2011)
- c. Peran keluarga mengontrol ekspresi emosi keluarga, seperti mengkritik, bermusuhan dapat mengakibatkan tekanan pada klien, Andri (2008) yang menyatakan bahwa kekacauan dan dinamika keluarga memegang peranan penting dalam menimbulkan kekambuhan (Made Ruspawan dkk, 2011)
- d. Peran keluarga sebagai upaya pencegahan kekambuhan
Kepedulian ini diwujudkan cara meningkatkan fungsi afektif yang dilakukan dengan memotivasi, menjadi pendengaran yang baik, membuat senang, member kesempatan rekreasi, memberi tanggung jawab dan kewajiban peran keluarga sebagai pemberi asuhan (Wuryaningsih dkk, 2013)

Melakukan perawatan lanjutan di Puskesmas di wilayahnya yang mempunyai program integrasi kesehatan jiwa, membantu proses adaptasi klien di dalam keluarga dan masyarakat, melibatkan klien dalam aktivitas sehari-hari, membuat jadwal aktifitas/ after care. Kelliat (2011) dalam Madriffa'i

2.1.7 Dukungan Keluarga Terhadap Klien Halusinasi

Keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan masalah halusinasi mempunyai tuntutan pengorbanan ekonomi, sosial, dan psikologis yang lebih besar daripada normal. Dukungan keluarga pada klien halusinasi dapat diwujudkan dengan adanya upaya perawatan

keluarga pada klien halusinasi ini berkaitan erat dengan masalah yang dihadapi oleh klien itu sendiri. Dukungan keluarga terhadap klien halusinasi sangat penting dilakukan dalam upaya peningkatan status kesehatan klien halusinasi. Klien bisa semangat dan termotivasi sehingga menjadikan kehidupan klien halusinasi lebih berharga dan berarti serta bermakna bagi keluarganya, dan klien halusinasi akan merasakan bahwa dirinya masih sangat dibutuhkan oleh orang lain khususnya oleh keluarga dimana klien halusinasi tersebut tinggal (Friedman, 2010).

Dukungan keluarga meliputi dukungan emosional, dukungan penilaian, dukungan instrumen. Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan atau bantuan yang dapat memberikan rasa aman, cinta kasih, membangkitkan semangat, mengurangi outus asa, rasa rendah diri, rasa keterbatasan sebagai akibat dari ketidak mampuan fisik (penurunan kesehatan dan kelainan yang dialaminya). Dukungan keluarga sebagai suatu koping keluarga dalam menghadapi masalah satu anggota keluarganya. Keluarga merupakan tempat paling nyaman bagi klien halusinasi. Dukungan keluarga sangat berpengaruh pada kepatuhan klien dalam mengikuti regimen terapeutik, dengan adanya dukungan keluarga dapat membangkitkan motivasi klien dan mempercepat penyembuhan klien (Delia Ulpa, 2009).

2.2 Konsep Dukungan Keluarga

2.2.1 Pengertian Dukungan Keluarga

Murniasih (2007) menyatakan dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

Christine (2010) Dukungan keluarga didefinisikan sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungannya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat

memberikan keuntungan emosional dan berpengaruh pada tingkah laku penerimanya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan secara emosional merasa lega karena diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya.

2.2.2 Bentuk Dukungan Keluarga

Keluarga memiliki beberapa bentuk dukungan (Friedman, 2010) yaitu :

a. Dukungan Penilaian

Dukungan ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi dengan baik dan juga sumber depresi dan strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor. Dukungan ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain, misalnya orang yang kurang mampu. Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan strategi koping individu dengan strategi-strategi alternative berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek yang positif.

b. Dukungan Instrumental

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial, dan material berupa bantuan nyata (instrumental support material support), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk di dalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit ataupun mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah. Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh individu dan mengurangi depresi individu. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata.

c. Dukungan Informasional

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, member nasehat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stressor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya dan memecahkan masalahnya dengan dukungan dari keluarga dengan menyediakan feedback. Pada dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

d. Dukungan Emosional

Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas, dan kehilangan harga diri. Jika depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal yang dimiliki dan dicintai. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat.

Komponen-komponen dukungan keluarga menurut Christine (2010), terdiri dari :

a. Dukungan Penghargaan

Dukungan penghargaan meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi dengan baik dan juga sumber depresi dan strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor. Dukungan ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi penghargaan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain, misalnya orang

yang kurang mampu. Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan strategi koping individu dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek yang positif.

b. Dukungan Nyata

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata (*instrumental support material support*), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk di dalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit ataupun mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah. Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh individu dan mengurangi depresi individu. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata.

c. Dukungan informasi

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya, dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stressor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya dan memecahkan masalahnya dengan dukungan dari keluarga dengan menyediakan feed back. Pada dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

d. Dukungan emosional

Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas, dan kehilangan harga diri. Jika depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal dimiliki dan dicintai. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa

dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat.

House dan Kahn (2010) menerangkan bahwa keluarga memiliki empat macam dukungan diantaranya:

1. Dukungan emosional

Dukungan emosional keluarga merupakan bentuk atau jenis dukungan yang diberikan keluarga berupa perhatian, kasih sayang dan empati. Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan atau bantuan yang dapat memberikan rasa aman, cinta kasih, membangkitkan semangat, mengurangi putus asa, rendah diri, rasa keterbatasan sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik (penurunan kesehatan dan kelainan yang dialaminya).

2. Dukungan Informasi

Keluarga berfungsi sebagai sebuah pengumpul dan penyebar informasi. Menjelaskan tentang pemberian saran dan sugesti, informasi yang dapat digunakan untuk mengungkapkan tentang suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

3. Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit diantaranya: kesehatan pasien dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat dan terhindarnya pasien dari kelelahan. Dukungan instrumental keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu atau melayani dan mendengarkan klien halusinasi dalam menyampaikan

perasaannya. Serta dukungan instrumental keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

4. Dukungan Penghargaan

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah. Terjadi lewat ungkapan rasa hormat (penghargaan) serta sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga, Dukungan keluarga memainkan peran penting dalam mengintensifkan perasaan sejahtera, orang yang hidup dalam lingkungan yang supportif kondisinya jauh lebih baik daripada mereka yang tidak memilikinya. Dukungan tersebut akan tercipta bila hubungan interpersonal diantara mereka baik. Ikatan kekeluargaan yang kuat sangat membantu ketika keluarga menghadapi masalah, karena keluarga adalah orang yang paling dekat hubungannya dengan anggota keluarganya. Keluarga besar dan teman-teman dekat mendorong anggota keluarga untuk mengkomunikasikan kesulitan-kesulitan pribadi secara bebas. Sehingga masalahnya akan diberi nasehat-nasehat dan bimbingan pribadi sesuai dengan nilai-nilai dan tradisi keluarga.

2.3 Konsep Halusinasi

2.3.1 Pengertian Halusinasi

Perubahan sensori halusinasi adalah keadaan dimana seorang individu mengalami perubahan terhadap stimulus yang datang yang menimbulkan kesan menurunkan, melebih-lebihkan bahkan mengartikan sesuatu hal yang tidak sesuai dengan realitas keadaan yang sebenarnya. Halusinasi yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan atau stimulus (Hawari, 2006).

Halusinasi merupakan hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien

mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara (Kusumawati & Hartono, 2010).

Halusinasi adalah persepsi sensori yang salah atau pengalaman persepsi yang tidak terjadi dalam realitas. Halusinasi dapat melibatkan pancaindra dan sensasi tubuh. Halusinasi dapat mengancam dan menakutkan bagi klien walaupun klien lebih jarang melaporkan halusinasi sebagai pengalaman yang menyenangkan (Videbeck, 2008).

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Damaiyanti & Iskandar, 2012).



Rentang respon Neurobiologi (Stuart dan Laraia, 2006)

2.3.2 Jenis Halusinasi

Stuart dan Laraia (2006) membagi halusinasi menjadi 7 jenis halusinasi yang meliputi : halusinasi pendengaran (auditory), halusinasi penglihatan (visual), halusinasi penghidu (olfactory), halusinasi pengecapan (gustatory), halusinasi perabaan (tactile), halusinasi kenestetik, halusinasi kinestetik.

Halusinasi yang paling banyak diderita adalah halusinasi pendengaran yang mencapai lebih kurang 70%, sedangkan halusinasi penglihatan menduduki peringkat kedua dengan rata-rata 20%. Sementara jenis halusinasi yang lain yaitu halusinasi pengecapan, penghidu, perabaan, kinesthetic, dan cenesthetic hanya meliputi 10%. Table di bawah ini menjelaskan karakteristik tiap halusinasi.

Tabel 2.3 Karakteristik Halusinasi (Stuart dan Laraia, 2006)

| Jenis Halusinasi | Karakteristik |
|------------------|--|
| Pendengaran | Mendengar suara-suara atau kebisingan, paling sering suara orang. Suara berbentuk kebisingan yang kurang keras sampai kata-kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai percakapan lengkap antara dua orang atau lebih. Pikiran yang didengar klien dimana pasien disuruh untuk melakukan sesuatu yang kadang-kadang membahayakan. |
| Penglihatan | Stimulasi visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambaran geometris, gambaran kartun, bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster |
| Penghidu | Membau bau-bauan tertentu seperti bau darah, urin, atau feces, umumnya bau-bauan yang tidak menyenangkan. Halusinasi penghidu sering akibat stroke, tumor, kejang atau dimensia |
| Pengecapan | Merasa mengecap rasa seperti darah, urin atau feces |
| Perabaan | Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulasi yang jelas. Rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain |
| Kenestetik | Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makanan atau pembentukan unrin |
| Kinesthetic | Merasakan pergerakan saat berdiri tanpa bergerak |

2.3.3 Etiologi

Etiologi halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi, yaitu :

a. Dimensi Fisik

Halusinasi dapat meliputi kelima indera, tapi yang paling sering ditemukan adalah halusinasi pendengar, halusinasi dapat ditimbulkan dari beberapa kondisi seperti kelelahan yang luar biasa. Pengguna obat-obatan demam tinggi hingga terjadi Delirium Intoksikasi, alkohol, dan kesulitan-kesulitan untuk tidur dan dalam jangka waktu yang lama.

b. Dimensi Emosional

Terjadinya halusinasi karena ada perasaan cemas yang berlebihan yang tidak dapat diatasi. Isi halusinasi : perintah memaksa dan menakutkan → tidak dapat di kontrol dan menentang. Sehingga menyebabkan klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

c. Dimensi Intelektual

Penunjukan penurunan fungsi ego. Awalnya halusinasi merupakan usaha ego sendiri melawan impuls yang menekan → menimbulkan kewaspadaan mengontrol perilaku dan mengambil seluruh perhatian klien.

d. Dimensi Sosial

Halusinasi dapat disebabkan oleh hubungan interpersonal yang tidak memuaskan sehingga koping yang digunakan untuk menurunkan sehingga koping yang digunakan untuk menurunkan kecemasan akibat hilangnya control terhadap diri, harga diri maupun interaksi sosial dalam dunia nyata sehingga klien cenderung menyendiri dan hanya tertuju pada diri sendiri.

e. Dimensi Spiritual

Klien yang mengalami halusinasi yang merupakan makhluk sosial, mengalami ketidakharmonisan berinteraksi. Penurunan kemampuan untuk menghadapi stress dan kecemasan serta menurunnya kualitas untuk menilai keadaan sekitarnya. Akibat saat halusinasi menguasai dirinya, klien akan kehilangan control terhadap kehidupannya.

2.3.4 Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu gejala dalam menentukan diagnosis klien yang mengalami psikotik, khususnya Schizofrenia. Halusinasi dipengaruhi oleh faktor (Stuart dan Laraia, 2006), di bawah ini antara lain:

1. Faktor Predisposisi, adalah factor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya, mengenai factor perkembangan sosial cultural, biokimia, psikologis dan genetic yaitu factor resiko yang mempengaruhi jenis dari jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Beberapa factor predisposisi yang berkontribusi pada munculnya respon neurobiology seperti pada halusinasi antara lain :

a. Faktor Genetik, telah diketahui bahwa secara genetic schizofrenia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom yang keberapa yang menjadi factor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian. Anak kembar identik memiliki kemungkinan mengalami schizofrenia sebesar 50% jika salah satunya mengalami schizofrenia, sementara jika dizygote peluangnya sebesar 15%. Seorang anak yang salah satu orang tuanya mengalami schizofrenia berpeluang 15% mengalami schizofrenia, sementara bila kedua orang tuanya schizofrenia maka peluang menjadi 35%.

b. Faktor Perkembangan, jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stress dan kecemasan.

c. Factor Neurobiology, ditemukan bahwa kortex pre frontal dan kortex limbic pada klien dengan schizofrenia tidak pernah berkembang penuh. Ditemukan juga pada klien schizofrenia terjadi penurunan volume dan fungsi otak yang abnormal.

Neurotransmitter juga tidak ditemukan tidak normal, khususnya dopamine, serotonin dan glutamate.

- d. **Study Neurotransmitter**, schizophrenia diduga juga disebabkan oleh adanya ketidakseimbangan neurotransmitter serta dopamine berlebihan, tidak seimbang dengan kadar serotonin.
- e. **Faktor Biokimia**, mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Dengan adanya stress yang berlebihan yang dialami seseorang, maka tubuh akan menghasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Buffofenon dan Dimetytranferase (DMP).
- f. **Teori Virus**, paparan virus influenza pada trimester ke-3 kehamilan dapat menjadi faktor predisposisi schizophrenia.
- g. **Psikologis**, beberapa kondisi psikologis yang menjadi faktor predisposisi schizophrenia, antara lain anak yang diperlakukan oleh ibu yang pencemas, terlalu melindungi, dingin dan tidak berperasaa, sementara ayah yang mengambil jarak dengan anaknya. Sementara itu hubungan interpersonal yang tidak harmonis serta adanya peran ganda yang bertantangan dan sering diterima oleh anak akan mengakibatkan stress dan kecemasan yang tinggi dan berakhir dengan gangguan orientasi realitas.
- h. **Faktor Sosiokultural**, berbagai faktor di masyarakat dapat menyebabkan seorang merasa disingkirkan oleh kesepian terhadap lingkungan tempat klien dibesarkan.
- i. **Perilaku**
Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan perubahan perilaku proses piker, afektif persepsi, motorik dan sosial.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Menurut Stuart dan Laraia pengkajian merupakan tahapan awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas

pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Data pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping, dan kemampuan koping yang dimiliki klien.

Untuk dapat menjangkau data yang diperlukan umumnya, dikembangkan formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian ini. Isi pengkajian meliputi :

- a. Identitas klien
- b. Keluhan utama atau alasan masuk
- c. Faktor predisposisi
- d. Aspek fisik atau biologis
- e. Aspek psikososial
- f. Status mental
- g. Kebutuhan persiapan pulang
- h. Mekanisme koping
- i. Masalah psikososial dan lingkungan
- j. Pengetahuan
- k. Aspek medik

Kemudian data yang diperoleh dapat dikelompokkan menjadi dua macam sebagai berikut :

- a. Data objektif ialah data yang ditemukan secara nyata. Data ini didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat.
- b. Data subjektif ialah data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini diperoleh melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarga. Data yang langsung didapat oleh perawat disebut sebagai data primer, dan data yang diambil dari hasil catatan tim kesehatan lain sebagai data sekunder.

Perawat dapat menyimpulkan kebutuhan atau masalah klien dari kelompok data yang dikumpulkan. Kemungkinan adalah sebagai berikut :

- a. Tidak ada masalah tetapi ada kebutuhan
 1. Klien tidak memerlukan peningkatan kesehatan, tetapi hanya memerlukan pemeliharaan kesehatan dan memerlukan tindak lanjut secara periodik karena tidak ada masalah serta klien telah mempunyai pengetahuan untuk antisipasi masalah.
 2. Klien memerlukan peningkatan kesehatan berupa upaya preventif dan promosi, sebagai program antisipasi terhadap masalah.
- b. Ada masalah dengan kemungkinan
 1. Resiko terjadi masalah karena sudah ada faktor yang dapat menimbulkan masalah
 2. Aktual terjadinya masalah disertai data pendukung.
- c. Data yang diperoleh kemudian dikelompokkan dan perawat langsung merumuskan masalah keperawatan dan masalah kolaboratif.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan dan Pendengaran
- b. Isolasi Sosial : Menarik Diri
- c. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah
- d. Resiko Perilaku Kekerasan

2.4.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Dx Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi

Tujuan umum : klien tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

Tujuan khusus :

1. Klien dapat membina hubungan saling percaya

Intervensi :

- a. Bina hubungan saling percaya dengan klien dengan menggunakan/komunikasi terapeutik yaitu sapa klien ramah, baik secara verbal maupun nonverbal, perkenalkan nama perawat, tanyakan nama lengkap klien dan panggilan yang disukai, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, bersikap empati dan menerima klien apa adanya.
- b. Dorong klien mengungkapkan perasaannya

- c. Dengarkan klien dengan penuh perhatian dan empati.
2. Klien dapat mengenal halusinasinya.
 - a. Adakan kontak sering dan singkat
 - b. Observasi segala perilaku klien verbal dan non verbal yang berhubungan dengan halusinasi.
 - c. Terima halusinasi klien sebagai hal yang nyata bagi klien, tapi tidak nyata bagi perawat
 - d. Diskusikan dengan klien situasi yang menimbulkan dan tidak menimbulkan situasi.
 - e. Diskusikan dengan klien faktor predisposisi terjadinya halusinasi.
3. Klien dapat mengontrol halusinasi.

Intervensi :

Diskusikan dengan klien tentang tindakan yang dilakukan bila halusinasinya timbul
4. Klien dapat memanfaatkan obat dalam mengontrol halusinasinya.

Intervensi :

 - a. Diskusikan dengan klien tentang cara memutuskan halusinasinya.
 - b. Dorong klien menyebutkan kembali cara memutuskan halusinasi.
 - c. Berikan reinforcement positif atas keberhasilan klien menyebutkan kembali cara memutuskan halusinasinya.
5. Klien mendapat sistem pendukung keluarga dalam mengontrol halusinasinya.

Intervensi :

 - a. Diskusikan dengan klien tentang cara memutuskan halusinasinya.
 - b. Dorong klien menyebutkan kembali cara memutuskan halusinasi.
 - c. Berikan reinforcement positif atas keberhasilan klien menyebutkan kembali cara memutuskan halusinasinya.
 - d. Diskusikan dengan klien tentang obat untuk mengontrol halusinasinya.

2.4.4 Implementasi

Tabel 2.4 Strategi Pelaksanaan

| | Strategi Pelaksanaan |
|------------|--|
| Halusinasi | <ul style="list-style-type: none"> • Pasien <p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien 2. Mengidentifikasi isi halusinasi pasien 3. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien 4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien 5. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi 6. Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi 7. Mengajarkan pasien menghardik halusinasi 8. Menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. 3. Menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian <p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien) 3. Menganjurkan pasien memasukan dalam kegiatan harian <p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur 3. Menganjurkan pasien memasukan dalam kegiatan harian |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga <p>SP 1 k</p> |

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam rawat pasien 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya. 3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi |
| | <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan halusinasi 2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi |
| | <p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu keluarga membuat jadwal kegiatan aktifitas di rumah termasuk minum obat 2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang |

2.4.5 Evaluasi

a. Evaluasi Pasien

Asuhan keperawatan klien dengan halusinasi berhasil jika klien menunjukkan kemampuan mandiri untuk mengontrol halusinasi dengan cara efektif yang dipilihnya. Klien juga diharapkan sudah mampu melaksanakan program pengobatan berkelanjutan mengingat sifat penyakitnya yang kronis. Evaluasi asuhan keperawatan berhasil jika keluarga klien juga menunjukkan kemampuan menjadi sistem pendukung yang efektif untuk klien mengatasi masalah gangguan jiwanya. Kemampuan merawat yang efektif untuk klien mengatasi gangguan jiwanya. Kemampuan merawat di rumah dan menciptakan lingkungan kondusif bagi klien di rumah menjadi ukuran keberhasilan asuhan keperawatan, di samping pemahaman keluarga untuk merujuk ke fasilitas kesehatan yang sesuai jika muncul gejala-gejala kekambuhan.

b. Evaluasi keluarga

Keluarga merupakan faktor penting yang menentukan keberhasilan asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi. Dukungan keluarga selama klien dirawat di rumah sakit sangat dibutuhkan sehingga klien termotivasi untuk sembuh. Demikian juga saat klien tidak lagi dirawat di rumah sakit (di rawat di rumah). Keluarga yang mendukung klien secara konsisten akan membuat klien mampu mempertahankan program pengobatan secara optimal. Namun demikian jika keluarga tidak mampu merawat klien, klien akan kambuh bahkan untuk memulihkannya lagi akan sangat sulit. Untuk itu perawat harus memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar keluarga mampu menjadi pendukung yang efektif bagi klien dengan halusinasi baik saat di rumah sakit maupun di rumah.

Tindakan keperawatan yang dapat diberikan untuk keluarga klien halusinasi adalah :

1. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien
2. Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, proses terjadinya halusinasi, dan cara merawat klien halusinasi.
3. Berikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien dengan halusinasi langsung dihadapan klien.
4. Buat perencanaan pulang dengan keluarga.

2.5 Tahapan Halusinasi

Halusinasi dapat dibagi menjadi beberapa tahapan (Dalami, et al, 2009), yaitu :

2.5.1 Sleep Disorder

Sleep Disorder adalah halusinasi tahap awal seseorang sebelum muncul halusinasi

- a. **Karakteristik.** Klien merasa banyak masalah, ingin menghindari dari lingkungan, takut diketahui banyak orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stresor terakumulasi dan support system yang kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk.

- b. **Perilaku.** Klien susah tidur dan berlangsung terus menerus sehingga terbiasa meghayal, dan menganggap menghayal awal sebagai pemecah masalah.

2.5.2 Comforthing

Comforthing adalah halusinasi tahap menyenangkan : cemas sedang.

- a. **Karakteristik.** Klien mengalami perasaan yang mendalam seperti cemas, kesepian, rasa bersalah, takut, dan mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan cemas. Klien cenderung mengenali bahwa pikiran-pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran jika cemas dapat ditangani.
- b. **Perilaku.** Klien terkadang tersenyum, tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan berkonsentrasi.

2.5.3 Condemning

Condemning adalah tahap halusinasi menjadi menjijikkan : Cemas berat.

- a. **Karakteristik.** Pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan. Klien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak darinya dengan sumber yang dipersepsikan. Klien mungkin merasa dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain.
- b. **Perilaku.** Ditandai dengan meningkatnya tanda-tanda sistem syaraf otonom akibat ansietas otonom seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah. Rentang perhatian dengan lingkungan berkurang, dan terkadang asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita.

2.5.4 Controlling

Controlling adalah tahap pengalaman halusinasi yang berkuasa : Cemas berat.

- a. **Karakteristik.** Klien berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik. Klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti.

- b. Perilaku. Perilaku klien taat pada perintah halusinasi, sulit berhubungan dengan orang lain, respon perhatian terhadap lingkungan berkurang, biasanya hanya beberapa detik saja, ketidakmampuan mengikuti perintah dari perawat, tremor dan berkeringat.

2.5.5 Conquering

Conquering adalah tahap halusinasi panik : Umumnya menjadi melebur dalam halusinasi.

- a. Karakteristik. Pengalaman sensori menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasi. Halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik.
- b. Perilaku. Perilaku panik, resiko tinggi mencederai, bunuh diri atau membunuh. Tindak kekerasan agitasi, menarik atau katatonik, ketidakmampuan berespon terhadap lingkungan.

